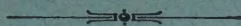


UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 61

FIBROMES DU SEGMENT INFÉRIEUR ET ACCOUCHEMENT



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1922

PAR

Théodose-Joseph DÉHAN

*Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine
Croix de guerre*

Né à Mèze (Hérault), le 14 Mars 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur, <i>Président</i> ,	}	<i>Juges.</i>
		PRINCETEAU, professeur.		
		FAUGÈRE, agrégé		
		PAPIN, agrégé		



BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

1922-1923 — N° 61

FIBROMES DU SEGMENT INFÉRIEUR ET ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1922

PAR

Théodose-Joseph DÉHAN

*Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine
Croix de guerre*

Né à Mèze (Hérault), le 14 Mars 1895



Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOUIN, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges.</i>
	PRINCETEAU, professeur.		
	FAUGÈRE, agrégé		
	PAPIN, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDERODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS
A TOUS CEUX QUE J'AIME

J'offre ce modeste travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur Bégouin

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, il nous est agréable d'adresser nos remerciements les plus sincères à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux.

Que M. le Professeur Bégouin reçoive ici l'expression de notre respectueuse gratitude; dans son service, nous avons goûté la précision et la remarquable clarté de ses leçons; il a été l'inspirateur de notre thèse et, aujourd'hui, il nous fait l'insigne honneur de la présider.

Nous tenons également à exprimer ici toute notre reconnaissance à notre maître, le Docteur Balard, accoucheur des Hôpitaux de Bordeaux; c'est grâce à ses conseils éclairés que nous avons pu accomplir ce modeste travail.

Nos remerciements aux Maîtres qui ont bien voulu nous accueillir dans leur service où à leur consultation : MM. les Professeurs Moussous, Rivière, Cassaët, Chavannaz; MM. les Professeurs agrégés Cabannes, Petges, Guyot, Rocher, Creyx, Mauriac : leur enseignement, leurs conseils ne seront pas oubliés.

M. le Professeur agrégé Faugère, M. Boursier, chef de clinique obstétricale, nous ont facilité certaines recherches

au sujet de notre thèse; nous les remercions aussi très vivement.

Nous assurons de notre respectueuse obéissance nos chefs et nos maîtres de la Marine.

A nos parents, nous adressons l'expression de notre amour filial; nous nous souviendrons toujours avec une profonde reconnaissance des grands sacrifices qu'ils se sont imposés pour notre éducation.

A nos camarades va notre sympathie; notre souvenir ému à ceux d'entre eux tombés au champ d'honneur.

INTRODUCTION

Les fibromes du segment inférieur, qui laissent en général la grossesse s'écouler normalement, créent souvent, par contre, des difficultés sérieuses au moment du travail de l'accouchement. Cette question des fibromes implantés sur la « zone dangereuse » de l'utérus gravide est très importante au point de vue de la conduite à tenir et doit solliciter toute l'attention des gynécologues et des accoucheurs.

Depuis longtemps, on a constaté que les tumeurs fibreuses constituaient un obstacle mécanique à l'accouchement. Ambroise Paré en parle dans « les causes de la difficulté d'accoucher ». En 1646, Fabrice de Hilden publie la première observation de fibrome utérin compliquant le travail. En 1749 parut le Mémoire de Levret, où les fibromes bas situés, principalement ceux du col, sont déjà parfaitement étudiés.

De nombreuses études et controverses aboutirent aux importantes discussions de juillet 1868 et février 1869, à la Société de Chirurgie de Paris. La discussion prit naissance entre Depaul, Tarnier, Guéniot, Blot, au sujet d'une observation de Guéniot dans laquelle il signalait une dystocie fibreuse avec accouchement terminé spontanément. Tarnier

déclara que ce serait « un honneur pour cette Société de Chirurgie, de poser les règles générales qui doivent guider les accoucheurs en cas de dystocie par fibrome ». La discussion prit un caractère trop personnel et fut définitivement close.

Nous comprenons très bien qu'à cette époque, et plus tard encore, une décision ferme n'ait pu être prise sur la conduite à tenir dans cette question. En effet, jusqu'à l'époque, toute proche encore, de l'asepsie dans les opérations chirurgicales, les auteurs et, dans notre cas particulier, les accoucheurs, ne pouvaient pas compter, comme nous aujourd'hui, sur la bénignité relative de certaines opérations. De 1799 à 1877, pas une seule opération césarienne faite à Paris n'avait été suivie de la guérison de la mère, et, jusqu'aux environs de 1880 (1876, première opération de Porro ; 1882, renaissance de la césarienne conservatrice avec la méthode de Saengler), l'opération césarienne reste un épouvantail.

Depuis, observations, travaux, thèses ont paru, apportant leur contingent à cette intéressante étude. Nous pouvons signaler en particulier la Thèse d'agrégation de Lefour (1880) (Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement), qui traite magistralement des fibromes gravidiques en général; en 1900, la Thèse de doctorat de Turner, qui met bien en lumière l'action dystocique des fibromes du segment inférieur; il signale que, pour les tumeurs implantées sur la paroi postérieure surtout, 2 centimètres seulement de leur épaisseur suffisent à empêcher tout engagement.

Malgré tous ces travaux, les opinions les plus opposées continuent à subsister au sujet de la conduite à tenir dans les cas de fibrome praevia. Certains auteurs préconisent l'intervention prophylactique conservatrice, d'autres l'abstention systématique. Et ces tendances diverses apparaissent nettement dans la discussion de la Société d'Obstétrique

et de Gynécologie (1901), à laquelle prirent part, d'un côté les interventionnistes Richelot, Doléris, Lepage; de l'autre, les abstentionnistes Pinard, Varnier, Quenu, Delbet. Les premiers sont partisans d'opérer les fibromes praevia à la fin de la grossesse, mais avant le début du travail; pour eux, « l'opération se fait dans de meilleures conditions, sans que le chirurgien soit gêné par les phénomènes du travail, sur une femme qui n'a pas de douleurs et n'est pas encore affaiblie, en présence d'un œuf intact, qui n'a aucune possibilité d'infection et avec un fœtus bien vivant, qui n'a pas encore souffert ». Les abstentionnistes, et avec eux la plupart des accoucheurs, préfèrent attendre, pour opérer, que le travail soit commencé et qu'il soit bien prouvé que l'accouchement reste impossible par les voies naturelles.

La même année (1901), Boursier, dans son rapport au Congrès de Nantes, classe les dystocies par fibrome praevia en 3 degrés :

1° *Rétrécissements légers*, où il est probable qu'une simple application du forceps dans l'excavation doit pouvoir lever tout obstacle;

2° *Rétrécissements moyens*, dans lesquels il fait rentrer les tumeurs pouvant avoir une certaine mobilité;

3° *Rétrécissements accentués*, dans les cas où il y a obstruction pelvienne véritable et où l'accouchement spontané est impossible.

Boursier s'efforce ensuite d'établir les indications chirurgicales et signale encore les deux tendances en présence parmi les auteurs, l'intervention avant le travail d'une part, une abstention de quelques heures après le travail de l'autre.

Enfin en 1913, au Congrès national de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Lille, chirurgiens et accoucheurs

abordent, une fois encore, la question de savoir à quel moment il faut décider l'opération chirurgicale dans les cas de fibrome prævia. Un point est déjà acquis, c'est que tout le monde est à peu près d'accord pour ne pas opérer, sauf dans quelques cas de complications graves, pendant la grossesse ; quelques auteurs opinent pour la césarienne prophylactique à terme, avant tout travail ; la plupart pensent qu'il faut utiliser les contractions actives de ce travail ; mais si elles n'agissent pas, si le fibrome n'a aucune tendance à opérer son « ascension », quel moment faut-il choisir pour opérer ? A cette question, pas de réponse absolument précise et les congressistes décident, sur la proposition de Pinard, d'opérer 3 heures environ après le début du travail.

Ainsi, depuis 50 ans au moins la question de la conduite à tenir dans les cas de fibrome prævia est nettement posée. Depuis lors, de nombreux travaux se sont accumulés sur ce sujet. Il nous serait facile aussi, d'écrire longuement sur la question ; nous pourrions décrire le segment inférieur, sa constitution anatomique, son rôle ; nous pourrions parler des tumeurs fibreuses, de leur action sur la grossesse, et inversement de l'action de la grossesse sur ces tumeurs. Mais nous pensons que ce serait faire là, œuvre fastidieuse et inutile ; nous ne ferions que répéter ce que nombre d'auteurs ont déjà écrit.

Nous pensons au contraire, qu'il serait utile de reprendre le sujet par la base, par les documents. En médecine, pour avoir une opinion, pour prendre une décision, il faut s'appuyer, non sur des phrases, mais sur des faits cliniques : Pinard parlant de cette question même des fibromes prævia disait qu'elle ne serait au point que quand on aurait « accumulé sur elle une foule de documents ».

Partant de ces idées, sans esprit préconçu, et inspiré

par notre Maître le Professeur Bégouin, nous avons groupé un certain nombre de ces documents qui nous serviront

1° à tirer certaines déductions ;

2° à tracer une ligne de conduite.

Fibrome prævia signifie au sens propre du mot fibrome se trouvant au-devant de la présentation fœtale. En clinique, on entend plus spécialement par fibrome prævia une tumeur fibreuse qui peut être cause de dystocie ; ces fibromes prævia sont ceux insérés sur le segment inférieur, sur la « zone dangereuse », car eux surtout peuvent être une gêne pour l'accouchement. Les fibromes insérés plus bas, sur le col, sont aussi en avant de la présentation, mais en général, ou ils sont passibles d'une myomectomie, ou bien ils s'extériorisent au-devant de la présentation sans gêner l'accouchement. Quelques rares fibromes insérés sur le corps de l'utérus peuvent, étant pédiculés, tomber dans l'excavation ou bien étant sessiles, entraîner l'utérus lui-même dans le petit bassin (Henrotay : *Soc. belge d'O. et G.*, Anvers 1921) ; on peut dire dans ces cas exceptionnels que l'on a affaire à des fibromes prævia « par accident », qui se comportent alors comme ceux que nous allons étudier.

C'est sur les fibromes du segment inférieur, les plus intéressants et les plus importants au point de vue obstétrical, que nous avons porté toute notre attention ; c'est sur eux que nous avons cherché à grouper, dans le chapitre suivant, le plus grand nombre de faits précis, nous occupant plus spécialement du phénomène de l'« ascension » et de ses relations avec le lieu d'implantation.

DOCUMENTS

78 Observations

Fibromes du Segment inférieur -- « Ascension » pendant la Grossesse

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.		ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
1.	Schul. <i>Revue méd. de l'Est.</i> 1897.	35	I		paroi latérale gauche. Fibrome remontant au-dessus du détroit supérieur.		Ascension pendant le 8 ^e mois de la grossesse.		Spontané.		Phlébite puis normales.	Vivant.	Le col refoulé d'abord contre la ligne innominée droite, s'est rapproché progressivement pendant le déplacement du fibrome, de la ligne innominée gauche.
2.	Audebert et Fournier Congrès national de G.O.P. Lille, 1913.	35	III	2 accouchements normaux.	Noyaux fibromateux occupant tout le segment inférieur et se continuant au-dessus du détroit supérieur.		Ascension spontanée de la tumeur entre le 4 ^e et le 6 ^e mois.		Prématuré spontané.		Normales.		Disparition des fibromes après l'accouchement.
3.	Fruhinsholz <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1920.	34	I		Fibrome de la paroi antérieure.	Comme une orange.	Ascension au 8 ^e mois dans la fosse iliaque droite, après avoir subi plusieurs mouvements de translation à droite et à gauche.			Forceps		Vivant. 3 kgs.	
4.	Vauverts <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1921.	32	I		Fibrome de la paroi antérieure.		Ascension à terme mais avant le travail.			Césarienne conservatrice.			L'auteur a opéré malgré l'ascension du fibrome à cause du placenta qui était proévia.

Fibromes insérés sur la paroi antérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
5.	Boquel <i>In Obstétrique</i> , 1905	21	III	3 grossesses normales	Parois antérieure et latérales.	D'une tête fœtale.		Non ascension	Travail pendant 7 heures.	Césarienne, suivie d'hystérectomie sub-totale.		Vivant.	Col très en arrière, à peine perceptible au toucher.
6.	Cleisz <i>Thèse</i> , Nancy, 1908	36	I		Paroi antérieure ; fibrome interstitiel enclavé.		Ascension au cours du travail.		Achévé artificiellement.		Légère infection puis normales.	Mort.	Procidence du cordon.
7.	Laurentie <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1920.	33	I		Parois antérieure et latérales.	Très gros fibrome.	Ascension de 3 centimètres au travail ; pas assez pour dégager l'excavation.			Hystérectomie d'emblée ; ouverture consécutive de l'utérus.			L'auteur a fait hystérectomie d'emblée, parce qu'il y avait procidence du cordon hors de la vulve (danger d'infection).
8 et 9	Bégouin et Péry <i>Gaz. des scienc. méd. de Bordeaux</i> , 1921.	32	III	1 ^{re} grossesse 1914, petit fibrome constaté. Paroi antéro-latérale. Accouchement normal.	N° 8. — 2 ^e grossesse, 1917. Même fibrome sur paroi antérieure mais plus gros. N° 9. — 3 ^e grossesse 1920. Même fibrome, encore plus gros.	Moyen ; plus gros qu'une mandarine. D'une tête de fœtus	Ascension dès le début du travail ; 2 heures après la tumeur est au-dessus du pubis.	Non ascension	Spontané. Pas de travail ; malade épuisée	Césarienne, suivie d'hystérectomie, 36 heures après la rupture de la poche des eaux.	Normales. Normales.	Volumineux. Vivant, mais après respiration artificielle.	Après ce 2 ^e accouchement le fibrome se réduit au volume d'une mandarine. La moitié antérieure du canal cervico-segmentaire est remplacée par le fibrome ; c'est pour les auteurs, ce qui a empêché la dilatation et l'ascension.
10.	Balard <i>Bull. Soc. O. et G.</i> Bordeaux, 1922.	26	II	1 ^{er} accouchement normal, mais avec un travail un peu long.	Parois antérieure et latérale droite.	D'une tête fœtale.	Ascension 1 heure après le début du travail.			Forceps au détroit inférieur.	Normales.	Vivant. 3 kgs 750.	Col très haut et à gauche. A terme l'auteur avait pu débloquer momentanément la tumeur.

Fibromes insérés sur les parois latérales du Segment inférieur : Etude au cours du travail

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARIT.	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
11.	Depaul <i>Soc. de Chirurgie</i> , 1868.	36	I		Paroi latérale droite ; large base s'étendant jusque vers la fosse iliaque droite.	Assez gros, surtout vers la partie supérieure de l'excavation.	2 heures après le début du travail, fibrome en partie remonté ; 4 heures après, présentation engagée.		Artificiel.		Normales.	Enfant ramené après 20 minutes de mort apparente.	Fibromes utérins multiples.
12.	Mangiagalli <i>Obst. Milan</i> 1879.	38	MULTI.		Paroi latérale gauche.	Gros seur d'une tête fœtale.	Ascension spontanée au moment du travail.				Mort par infection.	Vivant. 1 kg. 460.	
13	<i>Thèse</i> de Cleisz Nancy. 1908.	45	IV	3 accouchements normaux.	Paroi latérale droite ; la tumeur est très allongée dans le cul-de-sac latéral droit.		Ascension dès le début du travail ; 5 heures après, n'est plus accessible aux doigts.				Normales.	Vivant. 3 kgs 300.	
14.	Valois <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1913.	37	I		Paroi latérale droite.	Volume d'une tête fœtale.		Non ascension		Cesarienne, suivie d'hystérectomie totale	Normales.	Vivant. 4 kgs 650.	Plusieurs autres gros fibromes dans cet utérus gravidé.
15.	Audebert et Fournier Congrès national de G.O.P. Lille, 1913.	34	VII	1 ^{er} et 2 ^e terminées avant terme ; puis 4 grossesses normales.	Paroi latérale gauche ; remplit toute la moitié gauche du bassin.	Volume d'une grosse orange.	Ascension dès le début du travail jusqu'à atteindre 17 centimètres au-dessus du pubis.		Spontané.		Normales.	Vivant. 2 kgs 800.	Col dévié en avant et à droite vers la fin de la grossesse ; redevient central dès le travail.
16	Faugère <i>Revue pratique d'obst. et de pédiatrie</i> 1913.	26	IV	1 ^{er} accouchement avec forceps	N° 16. — 3 ^e grossesse. Fibrome de la paroi latérale droite.		Ascension 3 heures après le début du travail.			Forceps pour souffrance fœtale.	Normales.	Vivant. 3 kgs 960.	Syphilis vers le 7 ^e mois de la grossesse.
et 17.				2 ^e accouchement version par manœuvre interne.	N° 17. — 4 ^e grossesse. Même fibrome occupant, cette fois, la paroi latérale gauche et remontant au-dessus de l'excavation.			Pas d'ascension mais refoulement facile de la tumeur	Artificiel.	Extraction après version podalique.	Normales.	3 kgs 800.	Traitement anti-syphilitique dans l'intervalle des deux gestations. Procidence du cordon, col très haut, en avant et à gauche.

Fibromes insérés sur les parois latérales du Segment inférieur : Etude au cours du travail (Suite)

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
18.	Andérodias <i>Journ. de Méd. de Bordeaux</i> , 1919.	40	I		Paroi latér. gauche.	Volume d'une tête fœtale.	Ascension dès le début du travail.		Spontané.		Normales.	Vivant.	Col latéralisé à droite tend à devenir central dès le début du travail. La tumeur suivait les mouvements communiqués à l'utérus.
19.	Voron et Rhenter <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1920.	45	VI	4 premiers accouchements normaux, 1 avortement de 6 semaines en 1919.	Paroi latér. droite.	Volume d'une grosse mandarine.	Ascension brusque 8 heures après le début du travail, 1 heure 30 après la rupture de la poche des eaux, la dilatation passant dans ces 90 minutes de 3 centim. à dilatation complète.		Spontané.		Infection pendant deux semaines; puis normales.	Vivant. 3 kgs 550.	Aplatissement très marqué de la région pariéto-occipitale de l'enfant.
20.	Michel et Fruhinsholz <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1921.	39	IV	1 ^{re} normale; 2 ^e normale; 3 ^e expulsion à terme d'un fœtus macéré (pas de syphilis).	Paroi latérale gauche; inséré comme le serait la moitié d'une grosse pomme, disposant son plan de section vers la cavité utérine, sa convexité vers la fosse iliaque.	Comme une grosse pomme.		Non ascension		Hystérectomie totale d'emblée sans ouverture de l'œuf.		Fœtus macéré.	
21.	Rivière et Balard <i>Bull. Soc. O. et G.</i> 1921.	35	I		Paroi latérale droite: fibrome sous-péritonéal en forme de demi-anneau.	Comme un œuf de pigeon.	48 heures après le travail, le fibrome remonte à chaque contraction, mais la tête ne parvient pas à se fixer au-dessous de la bride.		Travail pendant 48 heures.	Céphalotripsie.	Normales.	Mort.	La malade n'est vue que 48 heures après le début du travail. Elle fait de la température. Col altéré; mauvaise dilatation. C'est, pour les auteurs, ce qui a empêché accouchement spontané.
22.	Job <i>Soc. obst. et Gyn.</i> 1922.	41	VI	1 ^{re} , avortement de 6 semaines; 2 ^e , normale; 3 ^e , avortement de 3 semaines; 4 ^e normale; 5 ^e avortement de 6 semaines	Paroi latérale gauche. Noter qu'au toucher la tumeur était à droite. Le fibrome s'étend jusqu'au-dessus du détroit supérieur.	Comme une orange	4 heures après le début du travail, tumeur devenue médiane et plus haute; 6 heures après ascension complète.		Spontané.		Phlébite puis normales.	Vivant. 2 kgs 800.	La tumeur devait être déviée à droite, par un mouvement de dextrotorsion exagéré de l'utérus.

Fibromes insérés sur la paroi postérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
23.	Agudio <i>Ec. obst. Milan</i> , 1862.	37	I		paroi postérieure.	Tumeur volumineuse.		Non ascension	Travail pendant 22 heures.	Craniotomie.	Mort.	Mort.	
24.	Guéniot <i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1864.	43	MULTI.	2 avortements à 3 mois.	Parois postérieure et latérale gauche.	Tumeur très volumineuse.		Non ascension	Travail pendant 22 heures.	Craniotomie. Céphalotripsie.	Mort.	Mort.	
25.	Breslau <i>Monat für Geb.</i> , 1866.	35	I		Paroi postérieure : fibrome interstitiel.			Non ascension	Travail pendant 12 heures.	Césarienne.	Mort 22 heures après l'opération	Mort.	Phénomènes de compression du petit bassin pendant la grossesse. Procidence du cordon au cours du travail.
26.	Guéniot <i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1868.	40	MULTI	Accouchement précédant à 22 ans.	Paroi postérieure; fibrome sous-péritonéal à l'union du corps et du col.	D'une tête fœtale.		Non ascension	Travail pendant 14 heures.	Forceps	Normales.	Vivant.	Pendant la grossesse gêne de la respiration. Phénomènes de compression. Amaigrissement marqué.
27.	Lhemann <i>In Thèse, Magdelaine, Strasbourg</i> , 1869.			2 fausses couches.	Paroi postérieure : fibrome obstruant l'excavation.			Non ascension		Césarienne.	Mort par péritonite.	Vivant.	
28.	Blot <i>Société de Chirurgie</i> , 1869.	30	I		Paroi postérieure.		Ascension commencée légèrement des 8 mois et demi de grossesse; continue et s'accroît pendant le travail.			Forceps pour souffrance fœtale.	Normales.	Vivant.	Col haut, aplati entre symphyse pubienne et tumeur.
29.	Homolle, rapportée par Blot. <i>Soc. de Chirur.</i> , 1869.	31	I		Paroi postérieure.	D'une tête fœtale.	36 heures environ après le début du travail. la tumeur se latéralise vers la gauche et remonte en même temps.		Artificiel.		Normales.	Enfant vivant au début de l'extraction mort à la fin.	Au travail, col au-dessus de la symphyse pubienne.
30.	Guéniot <i>In Thèse, Lefour</i> , 1880	40	II	1 grossesse normale. à 18 ans.	Paroi postérieure, à la jonction du corps et du col, obstruant presque tout le petit bassin.	D'une tête d'enfant.	Ascension commencée 3 heures après le début du travail, terminée 12 h. après.		Spontané.		Normales.	Vivant. 3 kgs 550.	Le travail a été interrompu pendant 6 heures, consécutivement à la rupture de la poche des eaux.

Fibromes insérés sur la paroi postérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail (Suite)

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
31.	Neuscher Württemberg méd., in Thèse Lefour, 1880.				Paroi postérieure : fibrome interstitiel occupant en grande partie le bassin.	D'un poing		Non ascen- sion	Impossible		Mère morte sans avoir été délivrée		
32.	Lée Méd Chir. Trans. in Thèse Lefour, 1880	40	MULTI		Paroi postérieure : fibrome remplissant l'excavation.			Non ascen- sion	Difficulté pour l'ex- traction de la tête.		Mort 3 jours après l'accou- chement.	Mort.	
33.	Charpentier in Thèse Lefour, 1880	23		2 avorte- ments.	Paroi postérieure et latérale gauche ; fi- brome remplissant l'excavation.			Non ascen- sion		Céphalotripsie.	Normales.	Mort.	Autres fibromes dans cet utérus.
34 et 35.	Maygrier Leçons de clinique obstétricale, 1887.		II		N° 34. - 1 ^{re} grossesse. Paroi postérieure.			Non ascen- sion	Travail pendant 2 jours.	Forceps	Phlébite fistule vé- sico-vagi- nale, puis normales	Vivant.	Le sommet étant en partie engagé, l'au- teur fit une applica- tion de forceps; pen- dant les tractions la tumeur remonta dans l'abdomen.
					N° 35. - 2 ^e grossesse. Paroi postérieure, plus un nouveau fi- brome latéral, les 2 tumeurs se logeant à droite et à gauche de l'excavation.	Tumeurs énormes dès le 6 ^e mois.	Ascension des tu- meurs quelques heu- res après le début du travail.			Forceps		Vivant.	Pendant grossesse col difficilement at- teint dans le cul de sac antérieur; inac- cessible au début du travail puis s'abais- se progressivement pour s'élever encore après l'accouchement.
36.	Maygrier clinique obstétricale. 1893		I		Paroi postérieure et latérale gauche; fi- brome remplissant l'excavation et la dé- bordant.		Ascension au dé- but du travail par « bascule de l'utérus en avant ».			Forceps	Normales.	Vivant.	Col haut situé der- rière la symphyse; devient plus accessi- ble dans le dernier mois de grossesse.
37.	Orloff, Ann. de gynécologie. 1894.				Paroi postérieure.			Non ascen- sion		Césarienne, au cours du travail qui n'a- mène aucun changement du fibrome.	Normales.		
38.	Fochier et Fabre, in Thèse Segurineau, Lyon, 1896.	38			Paroi postérieure.	De deux poings.	Ascension subite 8 heures après le début du travail.		Spontané.	Pendant le travail, plu- sieurs tentati- ves de refou- lement sans succès.	Normales.	Mort du fœtus 4 heures en- viron après le début du travail.	Col très haut der- rière le pubis.

Fibromes insérés sur la paroi postérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail (Suite)

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PABITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
39.	Charles, <i>Journal d'Accouchement de Liège</i> , 1898.	46	I		Paroi postérieure.			Non ascension	Travail pendant 48 heures	Césarienne.	Normales.	Vivant.	
40.	Blondel, <i>Société d'obstétrique de Paris</i> , 1900.				Parois postérieure et latérale droite.	D'une grosse orange.		Non ascension	Travail pendant 36 heures	4 reprises de forceps sont nécessaires.		Ranimé après respiration artificielle	La tête était engagée et coincée dans l'excavation.
41.	Turner, <i>Thèse</i> , Paris, 1900.	33	I		Parois postérieure et latérale droite.		Ascension subite 8 heures après le début du travail.		Spontané. à 8 mois et demi.		Normales.	2 kgs 500, mort par suite de déchirure du cordon.	
42.	Méhent, <i>Thèse</i> , Paris, 1902.	32	I		Paroi postérieure.	D'une orange.		Non ascension	Travail pendant 11 heures et demie.	Laparotomie. Hystérectomie.	Infection pendant 4 jours, puis normales.	Mort pendant le travail.	Tumeur ne se déplaçant pas avec l'utérus. — Col très haut en arrière du pubis.
43.	Grosse, <i>Thèse</i> , Paris, 1902.	27			Paroi postérieure.			Non ascension	24 heures de travail inutile.	Césarienne. Section des annexes.	Infection pendant un mois.	Vivant. 3 kgs 500.	Tumeur non mobilisable avec utérus. col très haut derrière symphyse; ne subit aucun changement au travail.
44.	Lepage, <i>Soc. obst. et gyn.</i> Paris, 1903.	38	I		Paroi postérieure.	D'une tête fœtale.	Ascension dès le début du travail; terminée 2 heures après.		Artificiel.				Vers la fin de la grossesse le fibrome avait plutôt tendance à descendre dans l'excavation.
45.	Orloff, <i>in Thèse Grosse</i> , Paris, 1903.				Paroi postérieure : fibrome enclavé dans le bassin.			Non ascension		Césarienne pendant le travail, suivi de castration bilatérale.	Normales.	Vivant.	
46.	Lepage, <i>Soc. obst. gyn. et péd.</i> , Paris, 1903.	57	I		Parois postérieure et latérale droite.		Ascension 6 heures après le début du travail.		Spontané.		Normales.	3 kgs 020, vivant au début du travail; mort 4 heures après hémorragie funiculaire	

Fibromes insérés sur la paroi postérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail (Suite)

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
47.	Lepage, <i>Soc. obst. gyn. et péd.</i> , Paris, 1903.	38	I		Paroi postérieure : fibrome remplissant l'excavation.		Ascension spontanée au début du travail.				Normales.	Vivant.	
48.	Fieux, <i>Soc. méd. et chir. de Bordeaux</i> , Bordeaux, 1909.	39			Paroi postérieure.	De deux poings.		Non ascension	Travail pendant 10 heures.	Césarienne, suivie d'hystérectomie.	Légère infection puis normales.	Vivant. 3 kgs 670.	Col très haut, immédiatement en arrière du pubis.
49.	Fieux, <i>Soc. méd. et chir. de Bordeaux</i> , Bordeaux, 1909.	30			Paroi postérieure.			Non ascension		Hystérectomie au début du travail.	Mort le 5 ^e jour.	Vivant. 4 kgs 060.	Tumeur très dure : grosses adhérences au bassin osseux; semble indépendante du segment inférieur qui a conservé souplesse et mobilité. On avait fait diagnostic d'ostéosarcome.
50.	Cathala, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1913.	25	I		Paroi postérieure.	Grosse tumeur 1.500 gr.		Non ascension	Travail pendant 3 heures.	Césarienne.		2 kgs 100, aplatissement de la région pariétale droite mort un mois et demi après	Col très haut et à droite. L'auteur ne voyant aucun mouvement de la tumeur pendant le travail, se décide à l'opération.
51.	Audebert et Fournier, <i>Congrès national de G. O. P.</i> , Lille, 1913.	30	II		Paroi postérieure.	Tumeur moyenne.	Dès le début du travail la tumeur est moins appliquée contre les parois du bassin; 12 heures après mouvement très net de latéralisation vers la gauche; puis ascension spontanée.			Spontané.	Normales.	Vivant. 2 kgs 550	Pendant la grossesse, la tumeur est non mobilisable avec l'utérus.
52.	Devraigne et Gineste, <i>Soc. Obst. et Gyn.</i> , 1919.	41	II	1 grossesse normale.	Paroi postérieure.			Non ascension	Travail pendant 30 heures.	Hystérectomie.		Mort	Procidence du cordon. Col haut, au-dessus de symphyse. Mouvements communiqués à l'utérus ne se transmettent pas à la tumeur.
53.	Fruhinsolz, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1920.	41	V	4 accouchements à terme, au 1 ^{er} forceps, au 4 ^e délivrance artificielle.	Paroi postérieure.			Non ascension		Basiotripsie.			Le médecin a été appelé 5 heures après le début du travail.
54.	Fruhinsolz et Hamant, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1920.	26	I		Parois postérieure, et latérale droite.			Non ascension		Césarienne, suivie d'hystérectomie.	Mort 20 jours après	Mort.	La sage-femme n'a été appelée que 10 heures après le travail; le médecin plus tard encore.

Fibromes insérés sur la paroi postérieure du Segment inférieur : Etude au cours du travail (Suite)

No	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
55.	Fruhinsholz et Michel, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1920.	35	I		Paroi postérieure.	D'une tête de fœtus.		Non ascension		Césarienne.	Légère infection puis normales.	Vivant. 2 kgs 900.	
56.	Fruhinsholz et Michel, 1920.	44	I		Paroi postérieure.			Non ascension	Le travail bloque davantage le fibrome dans l'excavation.	Césarienne, suivie d'hystérectomie totale		Vivant. 2 kgs 530.	
57.	Maur. Rivière et Lacouture, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , Bordeaux, 1920.	28	I		Paroi postérieure.			Non ascension	Travail à 6 mois, par suite de fatigues exagérées.	Hystérectomie.	Normales.		Col en avant, inaccessible, très au-dessus de symphyse et un peu à gauche. A la mobilisation la tumeur indépendante de l'utérus.
58.	Vautrin, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1920.				Paroi postérieure.			Non ascension	Travail prolongé pendant lequel l'enfant succombe.		Mort par accidents gravidocardiaques.	Mort	La tumeur était très fixée dans l'excavation.
59.	Lacouture et Faugère, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , Bordeaux, 1921.	41	II	1 grossesse normale.	Paroi postérieure.	D'une tête de fœtus.		Non ascension	Travail pendant 3 jours.	Césarienne.		Vivant. 2 kgs 500.	Col difficilement accessible derrière la symphyse. Les auteurs n'ont été appelés que 3 jours après le début du travail.
60.	Lacouture et Faugère, (Inédite), Septembre 1922.	32	I		Paroi postérieure et latérale droite : fibrome très enclavé dans l'excavation.			Non ascension	Travail pendant 8 heures.	Césarienne, 8 heures après le début du travail.		Vivant. 3 kgs 600.	Tout l'utérus était plein de noyaux flo-mateux.
61.	Reeb, <i>Bull. Soc. O. et G.</i> , 1922.	36	I		Paroi postérieure : fibrome plongeant à peine dans l'excavation.	longueur 11 centim. largeur 9 centim. épaisseur 6 centim.		Non ascension		Césarienne : section basse. — Enucléation du fibrome.	fébriles.	Mort dans l'œuf.	La tumeur était très dure. Le bassin légèrement rétréci. Matrice en ténanisation.

Fibromes du Segment inférieur à insertion non précisée : Etude au cours du travail

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
62.	Beatty, <i>Dublin Méd. Journ.</i> 1840.	32	I		Fibromes multiples obstruant l'excavation.		Ascension spontanée des tumeurs, 39 heures après le début du travail.				Normales.	Mort.	Pendant la grossesse, dysurie, constipation très opiniâtre.
63.	Gaillard Thomas, <i>Amer. Journ. of obst.</i> 1876.	30	MULTI.		Tumeur fibreuse, obstruant le bassin.			Non ascension		Césarienne. Version et embryotomie impossible.	Mort le 22 ^e jour de péritonite.	Mort.	
64.	Gaillard Thomas, <i>Amer. Journ. of obst.</i> 1876.		I		Tumeur remplissant le petit bassin.			Non ascension	Accouchement provoqué.		Normales.		
65	Champney's, <i>London St-Barth. Osp.</i> 1877.	25	II	1 avortement	Fibrome du segment inférieur.	D'un poing.		Non ascension	Travail très laborieux.	Forceps inutile.	Normales.	Mort et macéré.	Douleurs abdominales très violentes, vers le 6 ^e mois.
66.	Blot, <i>In Thèse Lefour, 1880</i>	15	I		Un fibrome remplissant l'excavation.		Ascension au moment du travail.			Forceps	Normales.	Vivant.	
67.	Iannowsky, <i>In Thèse Lefour, 1880</i>	42	I		Tumeur fibreuse à l'union du corps et du col.			Non ascension	Travail pendant 3 jours.	Extraction.	Mort par péritonite.	Mort.	
68.	Mayor, <i>In Thèse Lefour, 1880</i>				Tumeur fibreuse remplissant l'excavation.			Non ascension	Impossible en travail pendant 16 jours.		Mort.	Mort.	
69.	Martin, <i>In Thèse Lefour, 1880</i>		MULTI		Fibrome du segment inférieur remplissant l'excavation.	D'une tête d'homme.		Non ascension			Normales.	Mort tête aplatie	
70.	Skoldberg, <i>In Thèse Lefour, 1880</i>			1 avortement	Tumeur remplissant l'excavation.		Ascension spontanée au moment du travail.		Spontané.		Normales.	Vivant.	

Fibromes du Segment inférieur à insertion non précisée : Etude au cours du travail (Suite)

N°	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	AGE	PARITÉ	GROSSESSES ANTÉRIEURES	INSERTION DU FIBROME SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.	VOLUME	ASCENSION. MOMENT DE L'ASCENSION.	NON ASCENSION	ACCOUCHEMENT	INTERVENTIONS	SUITES DE COUCHES	ENFANT	REMARQUES.
71.	Elder, Lancet, 1895.				Fibrome obstruant le pelvis.			Non ascension		Opération de Porro pendant le travail.	Normales.	Vivant.	
72.	Delagenière, In Thèse Seguin, Lyon, 1896.	38	III	1 fausse couche à 3 mois, 1 fausse couche à 2 mois.	Paraît être un fibrome de la paroi latérale gauche.			Non ascension	Travail pendant 36 heures.	Opération de Porro, 36 heures après le travail.	Normales.	Vivant.	Col très refoulé à droite.
73.	Adenot, Congrès de la Soc. Obst. de France, 1897				Fibrome enclavé dans le bassin.			Non ascension		Opération de Porro pendant le travail.	Normales.		La tumeur était très adhérente.
74.	Backer, Centralbl. für Gyn., 1902.				Fibrome du segment inférieur.			Non ascension		Césarienne conservatrice.	Normales.	Vivant.	
75.	Stieber et Garipuy, Bull. Soc. O. et G., 1912.	38	I		Paraît être fibrome de la paroi latérale gauche.	Grosse tumeur.		Non ascension	Au travail, la tumeur s'enclave de plus en plus.	Césarienne 10 heures après le début du travail.	Dilatation gastro-intestinale 3 jours après l'accouchement	Vivant. 4 kgs 200.	Col complètement latéralisé vers la droite.
76.	Fabre et Rhenter, Bull. Soc. O. et G., 1912.	28			Fibrome obstruant l'extévation.	Grosse tumeur.	Ascension pendant le travail.		Spontané.		Normales.	Vivant.	
77.	Thiers, Bull. Soc. O. et G., 1920.	35	I		Gros fibrome occupant toute l'excavation.	De deux poings.		Non ascension		Césarienne,	Normales.	Vivant. 2 kgs 950.	
78.	Autefage, Bull. Soc. O. et G., 1921.	30	I		Fibrome du segment inférieur.			Non ascension	Travail pendant 2 jours.	Césarienne, suivie d'hystérectomie subtotale.	Normales.	Vivant.	L'auteur a fait l'hystérectomie, après la césarienne, parce que la poche des eaux était rompue depuis 24 heures et parce que la malade faisait de la température.

DÉDUCTIONS TIRÉES DE L'ÉTUDE DE NOS OBSERVATIONS

Nous pouvons tirer certaines déductions de notre statistique. Evidemment, nous ne pouvons pas la considérer comme statistique absolue : nous ne sommes pas sûrs d'avoir recueilli toutes les observations, nous ne sommes pas sûrs que les auteurs n'aient pas publié, plutôt les fibromes qui font leur « ascension », que ceux qui ne la font pas, qu'ils n'aient pas publié les faits heureux, plutôt que les faits malheureux.

Donc, dans l'ensemble des faits seulement, et d'après nos 78 observations nous pouvons déduire :

EVOLUTION D'APRÈS LE SIÈGE

I. — FIBROMES INSÉRÉS SUR LA PAROI ANTÉRIEURE (8 obs.)

1° *Ayant fait leur « ascension » pendant la grossesse :*

2 cas (Obs. n^{os} 3 et 4). Dans les 2 cas l'ascension se fait à la fin de la grossesse.

2° *« Ascension » pendant le travail :*

4 cas (n^{os} 6, 7, 8, 10). Dans 3 cas l'ascension se produit dès le début du travail ; dans 1 cas (n^o 6) moment non précisé.

3^o *Pas d'«ascension»* :

2 cas (n^{os} 5, 9). Dans ce dernier cas le travail n'a pas eu lieu, la malade étant épuisée.

II. — FIBROMES INSÉRÉS SUR LES PAROIS LATÉRALES (13 obs.)

1^o *Ayant fait leur «ascension» pendant la grossesse* :

1 cas (n^o 1). Ascension au 8^e mois.

2^o *«Ascension» pendant le travail* :

9 cas (n^{os} 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22), plus 1 cas (n^o 17) où, sans qu'il y ait ascension spontanée, la tumeur a pu être facilement refoulée au moment du travail. Sur ces 9 cas, 6 ascensions 3 heures au plus après le début du travail.

3^o *Pas d'«ascension»* :

2 cas (n^{os} 14, 20). Dans le 1^{er} cas on note plusieurs autres gros fibromes dans l'utérus. Dans le 2^e, une insertion bizarre « comme le serait la moitié d'une grosse pomme disposant son plan de section vers la cavité utérine ».

III. — FIBROMES INSÉRÉS SUR LA PAROI POSTÉRIEURE (39 obs.)

1^o *Ayant fait leur «ascension» pendant la grossesse* :

Dans 1 cas seulement (n^o 28), nous notons un commencement d'ascension au 8^e mois, ascension ne se faisant réellement que pendant le travail.

2^o *«Ascension» pendant le travail* :

11 cas (n^{os} 28, 29, 30, 35, 36, 38, 41, 44, 46, 47, 51). Dans 4 cas ascension 3 heures au plus après le début du travail. Dans les autres cas moment d'ascension variable, au delà de 3 heures.

3° *Pas d'«ascension»* :

28 cas (n^{os} 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61).

Dans les n^{os} 48, 50, 55, 59, 61 nous notons que la tumeur était grosse, ceci pouvant être la cause de la non-ascension. Dans les 23 autres cas rien de signalé pouvant expliquer la non-ascension.

IV. — FIBROMES A INSERTION NON PRÉCISÉE (18 obs.)

1° *Ayant fait leur «ascension» pendant la grossesse* :

1 cas (n° 2). Ascension spontanée entre le 4^e et le 6^e mois.

2° *«Ascension» pendant le travail* :

4 cas (n^{os} 62, 66, 70, 76).

3° *Pas d'«ascension»* :

13 cas (n^{os} 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78). Dans 6 cas la tumeur est signalée comme étant d'un gros volume.

EN RÉSUMÉ, sur 78 observations :

33 cas avec ascension : 42 %

45 cas sans ascension : 58 %

Fibromes antérieurs. — 8 cas :

6 avec ascension : 75 %

2 pas d'ascension : 25 %

Fibromes latéraux. — 13 cas :

11 avec ascension : 85 %

2 pas d'ascension : 15 %

Fibromes postérieurs. — 39 cas :

11 avec ascension : 28 %

28 pas d'ascension : 72 %

Fibromes à insertion imprécise. — 18 cas :

5 avec ascension : 28 %

13 pas d'ascension : 72 %

Si, comme il est logique au point de vue pratique nous réunissons les fibromes antérieurs et latéraux pour les opposer aux fibromes postérieurs, nous trouvons :

Fibromes antéro-latéraux. — 21 cas :

17 avec ascension : 81 %

4 pas d'ascension : 19 %

Fibromes postérieurs. — 39 cas :

11 avec ascension : 28 %

28 pas d'ascension : 72 %

Donc, contrairement à l'opinion de certains classiques (Ribemont, Dessaignes et Lepage : *Traité d'accouchement*), qui disent que ce sont les fibromes postérieurs qui montent, notre statistique démontre, d'accord d'ailleurs avec de nombreux auteurs, que les fibromes antérieurs font leur « ascension » dans une proportion de 75 % des cas, les fibromes latéraux dans une proportion de 85 % des cas, contre 28 % seulement des cas pour les fibromes postérieurs.

MOMENT DE L'« ASCENSION ».

Pendant la grossesse l'« ascension » des fibromes est rare, surtout pour les fibromes postérieurs ; elle est plus fréquente pour les fibromes antérieurs.

Pendant le travail, nous déduisons de nos documents que l'« ascension » des fibromes n'est relativement pas un phénomène rare ; elle a lieu plus souvent et plus rapidement en général, dans les cas de tumeur antérieure ou latérale que dans ceux de tumeur postérieure.

PARTICULARITÉS DE L'« ASCENSION ».

Nous notons un cas (n° 3) dans lequel l'« ascension » a eu lieu, pour un fibrome antérieur, après qu'il eut subi plusieurs mouvements de translation à droite et à gauche.

2 cas (nos 29 et 51), dans lesquels des fibromes postérieurs se sont latéralisés puis ont fait leur « ascension ».

1 cas (n^{os} 34 et 35) dans lequel pour une même femme, une première grossesse avec fibrome postérieur a lieu sans ascension ; une deuxième grossesse dans laquelle apparaît un deuxième fibrome latéral ; les deux tumeurs, très grosses, se logeant à droite et à gauche de l'excavation, il y a ascension spontanée de ces tumeurs au travail.

Ces faits semblent démontrer que les parties latérales de l'excavation sont favorables à l'« ascension » des fibromes.

« ASCENSION » ET CONSÉQUENCES POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

Mère.

Dans 22 cas, il y a eu ascension sans aucune conséquence fâcheuse pour la mère.

Dans 3 cas (n^{os} 6, 19, 20), on a noté de l'infection.

Dans 2 cas (n^{os} 1, 22), phlébite.

Dans 1 cas (n^o 12), mort par infection.

Dans les autres cas, pas de renseignements.

Enfant.

Dans 20 cas, il y a eu ascension et enfant vivant.

Dans 1 cas (n^o 11), enfant vivant mais ayant souffert.

Dans 1 cas (n^o 19), aplatissement de la région pariétale de l'enfant.

A ce sujet, nous signalons que, même sans ascension du fibrome, il peut y avoir aplatissement de tête fœtale (n^{os} 50, 69).

Dans 1 cas (n^o 12), enfant vivant mais pesant 1 kg. 460.

Dans 7 cas (n^{os} 6, 21, 29, 38, 41, 46, 62), enfant mort.

Dans 1 cas (n^o 20), fœtus mort et macéré.

Dans les autres cas, pas de renseignements

SIGNES CLINIQUES DE LA PROBABILITÉ D'« ASCENSION » DU FIBROME

Volume de la tumeur. — Si l'on envisage le volume de la tumeur, il est rationnel de dire que plus celle-ci sera

grosse, moins elle aura la possibilité d'effectuer son « ascension ». Le cas 9-10 est caractéristique : pour la même femme il y a eu ascension dans une grossesse avec fibrome moyen et non-ascension dans la grossesse suivante, le même fibrome étant plus volumineux (grosseur d'une tête fœtale). Et pourtant tels volumineux fibromes (bien plus gros qu'un « œuf de poule ») qui semblent devoir barrer la route au fœtus remontent contre toute espérance ; il en est ainsi dans nos observations n^{os} 3, 7, 10, 12, 18, 22, 35 (tumeurs énormes) ; 38 (volume de deux poings) ; 30 et 44 (volume d'une tête fœtale). Donc le volume de la tumeur n'est pas un signe de valeur absolue.

Non fixité dans l'excavation. — Si l'on pouvait s'assurer que le fibrome n'est pas fixé par des adhérences, dans l'excavation, on aurait là un signe en faveur de l'« ascension » possible de la tumeur. Mais cette recherche ne donne en général pas de résultat ; et même un fibrome qui semble très fixé au moment du travail peut monter spontanément ; tel est le cas de notre observation n^o 38 dans laquelle nous notons une « ascension » spontanée 8 heures après le début du travail, alors qu'au début du travail plusieurs tentatives de refoulement avaient été faites sans succès.

Consistance de la tumeur. — L'« ascension » peut très bien être facteur de la consistance de la tumeur : telle, d'un volume moyen, peut monter, si elle se laisse « étaler » par la présentation, comme le dit Guéniot, « laminier » selon l'expression de Pajot, et peut rester enclavée si elle est et demeure de consistance dure. Nos recherches comparatives sur cette question, ne nous ont donné aucun résultat ; nous le comprenons aisément, car il est difficile de comparer plusieurs consistances entr'elles et de définir pour une même épaisseur de tissu fibreux, celle qui pourra permettre, et celle qui pourra empêcher l'« ascension ».

Nous avons enfin étudié les deux symptômes suivants, auxquels Lacouture, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux,

attache une certaine importance. (*Bull. Soc. O. et G. Bordeaux* 1921, n° 3).

Mobilité du fibrome par rapport à l'utérus. — Pour Lacouture, « si le fibrome est mobilisable avec l'utérus, s'il fait corps avec lui, on peut espérer le voir remonter pendant le travail ». Examinant nos documents, nous trouvons 4 cas (n°s 42, 43, 52, 57), dans lesquels il est noté : tumeur non mobilisable avec l'utérus et dans aucun des 4 cas il n'y a eu « ascension » ; par contre, un cas (n° 18), dans lequel il y a eu « ascension » avec une tumeur qui suivait les mouvements communiqués à l'utérus. Donc, nous avons là un signe clinique de valeur.

Situation occupée par le col. — Pour Lacouture, « si l'on a un col élevé, placé au-dessus de la symphyse pubienne, inaccessible au doigt, il semble qu'on ne doive pas compter sur l'« ascension » du fibrome ». Dans nos observations nous notons 7 cas (n°s 5, 10, 48, 50, 52, 57, 59), dans lesquels les faits confirment absolument l'opinion de Lacouture ; 2 cas (n°s 29, 35), dans lesquels, au contraire, il y a eu ascension, malgré un col très élevé. Nous avons donc là un signe, qui sans avoir une valeur absolue, devra toujours être recherché.

Nous ajouterons que notre impression personnelle est, qu'il faut rechercher non seulement la situation du col, mais aussi le *déplacement* de ce col. Si, à la suite de « touches » répétés, on note, au moment du travail, une tendance du col dévié, à devenir central, on peut espérer que l'« ascension » aura lieu : ceci se dégage nettement de l'étude de nos observations n°s 1 et 35 et surtout 15 et 18.

Conclusion. — Aucun de ces signes n'a de valeur absolue. Leur ensemble a une réelle valeur ; c'est d'après leur ensemble que l'accoucheur ou le gynécologue devront avoir une opinion ferme.

CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE D'UNE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE FIBROME PRAEVIA

Un fait est acquis à l'heure actuelle : c'est que l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibrome, surtout prævia, doit être extrêmement rare. Pozzi reconnaît les indications générales opératoires suivantes : « des troubles de compression du côté de la vessie et du rectum, des douleurs violentes qui quelquefois ne laissent à la malade aucun moment de repos ou de sommeil, une gêne circulatoire se traduisant par des œdèmes étendus, l'insuffisance cardiaque avec les palpitations, les étouffements pénibles qui l'accompagnent; ce seront enfin les vomissements qui pourront devenir incoercibles, les hémorragies abondantes, les phénomènes d'irritation péritonéale, ou encore une rapide augmentation du fibrome qui peut affecter une marche véritablement galopante... Lorsque la situation paraît dangereuse, il ne faut plus temporiser. »

Nous pensons, d'accord avec le plus grand nombre d'auteurs, qu'il faut restreindre encore ces indications; comme le dit Méheut, résumant les idées de Pinard, Varnier, Lepage : « *Jamais on n'opérera préventivement au*

sens propre du mot, mais seulement en présence d'un danger constaté ». Notre maître, le docteur Balard, écrivait même récemment (*Bull. Soc. obst. et gyn.* 1922, n° 6) : « *Nous pensons que ce n'est jamais en cours de gestation, mais seulement au début du travail, qu'une décision formelle pourra être prise avec le minimum de chances d'erreur* ». Et il ajoutait qu'ainsi, non seulement on pouvait voir s'opérer « l'ascension », mais que, fait souvent important, on s'assurait aussi de l'âge de la grossesse.

Donc, à moins d'un grave danger constaté (comme nécrobiose, volume exagéré de la tumeur), nous devons temporiser jusqu'au moment du travail en présence d'une grossesse compliquée de fibrome prævia.

A QUEL MOMENT DU TRAVAIL FAUT-IL AGIR ?

A cette question, il nous est bien difficile de donner une réponse précise. Mais, de l'étude de nos observations, nous pouvons conclure : en présence d'un fibrome du segment inférieur, antérieur ou latéral, nous pouvons porter un pronostic relativement favorable et voir se réaliser le mécanisme de « l'ascension » ; au contraire, si nous avons affaire à un fibrome postérieur, nous devons nécessairement porter un pronostic beaucoup plus réservé. De plus nous avons noté, toujours d'après nos documents, que les fibromes antérieurs ou latéraux montent, en général, beaucoup plus rapidement, après le début du travail, que les fibromes implantés sur la paroi postérieure du segment inférieur.

Donc, en présence d'un fibrome antérieur ou latéral, nous avons relativement beaucoup de chances pour qu'il y ait « ascension » de la tumeur et « ascension » dès les premières contractions actives du travail ; au contraire, en présence d'un fibrome postérieur, nous avons relativement peu de chances pour qu'il y ait « ascension » ; de plus, si elle a lieu, elle peut être plus tardive au cours du tra-

vail, ce qui peut être cause de complications plus ou moins graves et pour la mère et pour l'enfant. Donc, une longue attente sera très souvent inutile et, de plus, dangereuse, le danger encouru étant beaucoup plus grave que celui d'une opération césarienne; en effet, notre maître, le professeur Bégouin, écrit (*Bull. Soc. obst. et gyn.* 1921) : « Les anciens classiques, à cette époque où les interventions étaient graves, insistaient sur les cas heureux et surprenants que l'on obtenait par l'expectation; mais, quand on va au fond de ces heureux résultats, on voit, en lisant par exemple les *Cliniques* de Maygrier (1893), qui en rapporte six cas, que quatre enfants sont morts, un à lésion crânienne due au forceps, un seul est en parfait état, une mère a une fistule vésico-vaginale. »

En examinant 13 cas de notre statistique où il y a eu ascension au delà de 3 heures de travail environ, nous avons noté :

5 enfants morts (nos 29, 38, 40, 46 et 62) dont un mort par rupture du cordon et un par hémorragie funiculaire. Dans le cas numéro 38 il est nettement indiqué que le fœtus, vivant au début du travail, est mort quatre heures après, dans le cas numéro 46 que, vivant au début du travail, il est mort trois heures après.

Un enfant ayant souffert (N° 11).

Un forceps pour souffrance fœtale (N° 16).

Une mère infectée pendant deux semaines (N° 19).

Un cas de phlébite (N° 22).

En conséquence, pour les fibromes postérieurs, montant relativement peu et tardivement, nous pensons qu'il ne faut pas attendre pour agir; dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, nous pratiquerons la césarienne dès le début du travail: pour les fibromes antérieurs ou latéraux, qui

montent relativement souvent et rapidement, nous pensons qu'il y a avantage à attendre les premières contractions actives du travail; après deux heures de travail, trois heures au plus, s'il n'y a pas « ascension » de la tumeur, nous agirons par voie haute.

CONCLUSIONS

D'après l'étude de nos documents :

1° Pendant la grossesse, « l'ascension » des fibromes du segment inférieur est relativement rare, surtout pour les fibromes postérieurs.

2° Au cours du travail, « l'ascension » des fibromes antérieurs et latéraux est relativement plus fréquente et rapide que celle des postérieurs.

Donc, en présence d'une grossesse compliquée de fibrome du segment inférieur :

1° Temporiser jusqu'au moment du « travail ».

2° Si l'on a affaire à un fibrome de la paroi postérieure, opérer par voie haute dès le début du « travail ».

3° Pour un fibrome des parois antérieure ou latérale, tenter « l'épreuve du travail », que l'on limitera à 2 heures environ.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Décembre 1922.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — *Soc. d'Obstétrique de France* 1897.
- ANDÉRODIAS. — *Journ. des Sc. Médic. de Bordeaux*. Mai 1919.
- AUDEBERT et FOURNIER. — Accouchement spontané dans quelques cas de fibrome prævia (Congrès national de G. O. P., Lille 1913).
- AUTEFAGE. — *Bull. de la Soc. d'O. et G.* 1921 (N° 8).
- BALARD. — *Bulletin de la Soc. d'O. et G.* 1922 (N° 6).
- BATUAUD. — *Revue pratique d'O. et G.* 1907 (page 125).
- BÉGOUIN. — *Précis de Patho. chirurg.* (Bégouin, Jeanbreaux, Proust, Tixier).
- BÉGOUIN et PÉRY. — *Gaz. des Sciences méd. de Bordeaux*. Mai 1921.
- BETBÈZE. — *Thèse*. Toulouse 1913-1914. (Fibromes prævia et grossesse. — Accouchements spontanés.)
- BLOT. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1869.
- BOURSIER. — Rapport du Congrès de gyn. et obst. de Nantes, 1901.
- BURTY. — *Thèse*. Paris 1906-1907 (Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse).
- CHAHBAZIAN. — *Thèse*. Paris 1882.
- CLEISZ. — *Thèse*. Nancy 1907-1908.

- DELAGÉNIÈRE. — Semaine gynec. 1900. — *Annales de gynéco.* 1900 (p. 81-98).
- DEPAUL. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1869 (p. 140).
- DOLÉRIS. — *La Gynécologie*, 1899 (p. 493); 1905 (p. 193).
- FAUGÈRE. — *Revue Franç. d'Obst. et Péd. Février* 1913.
- FAUGÈRE et LACOUTURE. — *Bull. de la Soc. d'O. et G. Bordeaux* 1921.
- FERRÉ. — *Revue mens. d'O. G. P. de Bordeaux*, 1901 (p. 269).
- FIEUX. — *Bulletin médical*. Avril 1897 (p. 357).
- FRUHHINSHOLZ. — *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn. Nancy*, 1920.
- GÉNILLON. — *Thèse*, Lille, 1918-1919. (Du refoulement des tumeurs pelviennes pendant la grossesse.)
- GROSSE. — *Thèse*, Paris, 1902. (Des indications chirurg. pend. la gross. et le trav. dans les gross. avec fibrome.)
- GUÉNIOT. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1868 (p. 292), 1869 (p. 91).
- HARDOUIN. — *Arch. génér. de chir.*, Paris, 1907 (p. 502).
- HEINECK (Chicago). — Etude analytique de 380 observations de fibromes compliquant la gross. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1920).
- HOFMEIER. — *Zeitschrift für Geburt und Gyn.*, 1894. — Congrès internat. de Méd. de Paris, 1909 (p. 156).
- JAMAIN. — *Thèse*, Paris, 1907.
- JOB. — *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn.*, Bruxelles, 1910.
- JOUBERT. — *Thèse*, Paris, 1906-1907.
- KEIFFER. — *Bull. de la Soc. belge d'Obs. et Gyn.*, Bruxelles, 1910.
- LECOCQ. — *Thèse*, Paris, 1918-1919. (Accouch. par hystérectomie sans ouvert. préalable de l'ut., l'enfant étant vivant).
- LEFOUR. — *Thèse d'agrégation*, 1880.

- LEPAGE. — *Ann. de Gyn. et d'Obs.*, mars 1900 (Dystocie par fibr. utérin). — *Comptes rendus de la Soc. Gyn. et Obs.*, oct. 1913 (Deux cas d'accouch. spont. ch. primip. ay. fibr. intrapelv.).
- LUCAS. — *Thèse*, Paris, 1900.
- MARTIN. — Congrès de Nantes, 1901.
- MAYGRIER. — *Leçons de clinique obstétricale*, 1893.
- MÉHEUT. — *Thèse*, Paris, 1901-1902.
- MONTPROFIT. — *Revue de Gynéco.*, 1899 (p. 393).
- OLIVRY. — *Thèse*, Paris, 1899-1900.
- PINARD. — *Ann. de Gynéco.*, 1901 (p. 165). — Congrès de Nantes (1901).
- PINARD, VARNIER, LEPAGE. — *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, avril-déc. 1901 (Discussion au sujet des interventions pour fibr. gravidiques).
- POITEVIN DE FONTGUYON. — *Thèse*, Bordeaux, 1898-1899.
- PONTAL. — *Thèse*, Montpellier, 1913-1914.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- QUENU. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1902 (p. 421).
- REEB. — *Gyn. et Obst.*, 1921 (n^{os} 3 et 4).
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*.
- RICHELOT. — *Semaine gynécologique*, oc. 1901.
- RIVIÈRE ET BALARD. — *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, Bordeaux, 1920.
- ROCHE ET HIRIGOYEN. — *Soc. Obs. et Gyn. Bordeaux*, juill. 1905.
- ROUTIER. — *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 1902 (p. 453).
- RUDEAUX. — *Revue de Gynécologie*, 1898 (p. 615).
- SCHUL. — *Revue médic. de l'Est*, 1897 (Déplacement d'un fibr. du segm. inf.).
- SCHWARTZ. — *Bull. et mém. Soc. Chir. Paris*, 1900 (p. 1146). — *Ann. de Gynéco.*, 1901 (p. 81).
- SÉGUINEAU. — *Thèse*, Lyon, 1896-1897.
- SOUBEYRAN. — *Gaz. des Hôp.*, juill. 1914 (Quand faut-il intervenir dans les fibr. compliq. la grossesse?).

TURNER. — *Thèse*, Paris, 1899-1900 (Des interventions chirurgic. dans les fibr. gravid.).

VARNIER. — Comptes rendus de la Soc. Obs. Gyn. Paris, mai 1901. — *Ann. de Gynéco.*, 1901 (p. 91).

VARNIER ET DELBET. — *Ann. de Gyn. et Obs.*, 1897 (p. 77).

VAUTRIN. — *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, Nancy, nov. 1920.

VAUTRIN ET SCHÜL. — *L'Obstétrique*, 1899.

VORON ET RHENTER. — *Revue franç. de Gyn. et Obs.*, mars 1921 (Accouch. spont. dans un cas de fibr. prævia).

